

様式第4号の5の3(第3条の4の3関係)

通所受給者証・肢体不自由児通所医療受給者証再交付申請書

堺市長殿

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	
---------	------------------------------	--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給(給付)決定者(保護者)氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給(給付)決定者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損                      2 紛失                      3 その他 〔具体的な状況〕		
-------	---	--	--

注意 従前使用していた受給者証を添付すること(紛失を除く。)